



Información del paciente

N.º de identificación del afiliado

Fecha de nacimiento

Género

 / /

- Masculino
 Femenino

Nombre

Apellido

ISN

Número de calle

Calle

N.º apto./suite

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Alergias:

- Se desconoce Aspirina Codeína Penicilina

Maní

Sulfa

Otras

Información del profesional que receta

Nombre del profesional que receta

Apellido del profesional de receta

ISN

Número de DEA

Número de NPI

Número de calle

Calle

N.º de suite

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Número de fax



Información sobre el medicamento

Debe **completarse, firmarse y enviarse por fax** desde el consultorio del proveedor. Esto no es válido para medicamentos CII. Enviaremos un suministro para 90 días salvo que se indique de otro modo la cantidad o que se trate de una sustancia controlada. Para solicitar que se surta un producto de marca, el profesional que receta debe escribir "brand medically necessary" (marca necesaria por razones médicas).

	Nombre y concentración del medicamento	Instrucciones	Cantidad (Se requieren caracteres alfanuméricos para sustancias controladas)	N.º de repeticiones
1.				
2.				
3.				

Firma del profesional que receta: (requerido) _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Firma del supervisor de recetas: (si corresponde) _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Número de DEA del supervisor de recetas: _____ Número de NPI del supervisor de recetas: _____

Envíe por fax el formulario completado con una portada segura a CenterWell Pharmacy™: **800-379-7617**
-o bien-

Envíe esta receta por medios electrónicos (eRx) al seleccionar "Humana Pharmacy (Now CenterWell Pharmacy)" en la lista de farmacias de su herramienta para realizar recetas electrónicas. Todas las recetas electrónicas de su consultorio se dirigirán directamente a CenterWell Pharmacy a través de SureScripts.